



2018

Grens aan zorg in het buitenland

ONVZ
VERZEKERD VAN JEZELF

Grens aan zorg in het buitenland 2018

Deze brochure geeft u informatie over medische zorg in het buitenland en waar u rekening mee moet houden. Met wie moet u contact opnemen als u zorg nodig heeft in het buitenland en welke vergoedingen zijn er?

Welke informatie vindt u in de brochure?

Neem het juiste verzekeringsbewijs mee	4
Spoedeisende, onvoorziene zorg	5
Geplande, voorziene zorg	7
Welke behandelingen worden niet vergoed of gedeeltelijk vergoed?	9
Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) in het buitenland	10
Declareren van buitenlandse nota's	11

Grens aan zorg in het buitenland

Gaat u met vakantie en wilt u weten of u dan goed verzekerd bent voor medische kosten? Of overweegt u om naar het buitenland te gaan voor een medische behandeling? Ga dan van tevoren na in hoeverre u hiervoor verzekerd bent. Volledige vergoeding is namelijk niet altijd vanzelfsprekend.

Welke kosten u vergoed krijgt en of u zelf iets moet bijbetalen voor een behandeling in het buitenland hangt af van uw situatie:

Situatie 1 U heeft spoedeisende zorg nodig tijdens een vakantie in de Verenigde Staten. De kosten zijn daar vaak vele malen hoger dan in Nederland en worden vanuit de basisverzekering maar vergoed tot het bedrag wat de behandeling in Nederland zou kosten.

Situatie 2 U kiest ervoor om gebruik te maken van een éénpersoonskamer in een buitenlands ziekenhuis en gaat akkoord met de kosten van de kamer en de extra kosten die hierdoor in rekening worden gebracht. Deze kosten worden niet vergoed vanuit de basisverzekering.

Situatie 3 U overweegt een ivf-behandeling te ondergaan in het buitenland, omdat daar andere technieken worden gebruikt dan in Nederland. Deze behandelingen worden niet altijd vergoed.

Waar hangt de hoogte van de vergoeding van af?

Of de kosten worden vergoed en de hoogte van de vergoeding voor zorg in het buitenland hangt af van een aantal factoren:

- Valt de behandeling onder de dekking van de basisverzekering?
- Heeft u de aanvullende verzekering Wereldfit of Superfit?
- Gaat het om geplande zorg of spoedeisende zorg na ziekte of ongeval?
- Declareert u zorg op uw verzekering bij ONVZ of doet u een beroep op Europees verdragsrecht?

Neem het juiste verzekeringsbewijs mee

Gaat u binnenkort naar het buitenland? Met een verzekeringsbewijs kunt u in het buitenland aantonen dat u voor zorgkosten in Nederland en daarbuiten bent verzekerd. Er zijn een aantal soorten verzekeringsbewijzen. Controleer voor vertrek welk bewijs u nodig heeft. Als u onvoorziene medische zorg nodig heeft, kunt u dit bewijs laten zien.

European Health Insurance Card (EHIC)

Op de achterkant van uw zorgpas vindt u de European Health Insurance Card (EHIC). Deze EHIC ziet er in heel Europa hetzelfde uit en is 5 jaar geldig. Met de EHIC heeft u in het buitenland in geval van ziekte of een ongeval recht op medische zorg die op dat moment noodzakelijk is. De regelgeving van het land waar u zorg krijgt, bepaalt de vergoeding. Het voordeel is dat u de kosten niet zelf hoeft voor te schieten.

De EHIC is geldig in:

- België, Bulgarije, Cyprus (Griekse deel), Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk (inclusief Frans Guyana, Guadeloupe, Martinique, Réunion en St. Martin), Griekenland, Hongarije, Ierland, IJsland, Italië, Kroatië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Macedonië, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal (inclusief Madeira), Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje (inclusief de Canarische eilanden Ceuta en Melilla), Tsjechië, het Verenigd Koninkrijk (inclusief Gibraltar) Zweden en Zwitserland
- Australië, maar alleen bij een verblijf korter dan één jaar

Belangrijk om te weten

Privé-ziekenhuizen accepteren de EHIC niet. Dit betekent dat u bij privé-ziekenhuizen meestal zelf de kosten moet voorschieten. U kunt dan achteraf de nota's bij ons indienen.

Verdragsformulier 111 (E111)

Nederland heeft met een aantal landen afspraken gemaakt over het vergoeden van de zorgkosten. Als u naar een verdragsland gaat, is het handig een verdragsformulier 111 bij u te hebben. Met dit formulier heeft u recht op spoedeisende zorg in deze verdragslanden. Bovendien hoeft u de kosten niet zelf voor te schieten. Het verdragsformulier 111 is geldig in Bosnië-Herzegovina, Kaapverdië, Marokko, Montenegro, Servië, Tunesië en Turkije (inclusief Turkse deel Cyprus).

U vraagt het verdragsformulier 111 aan bij ons Service Center. Geeft u hierbij aan:

- voor wie het verdragsformulier is: voor uzelf en/of uw gezinsleden
- voor welke periode u het formulier nodig heeft

Verzekeringsverklaring

Gaat u naar Cuba, Rusland, Wit-Rusland of Zuid-Afrika? Dan heeft u een internationale verzekeringsverklaring nodig. Deze Engelstalige verklaring is het bewijs dat u een zorgverzekering heeft.

U vraagt een internationale verzekeringsverklaring aan bij ons Service Center. Geeft u hierbij aan:

- voor wie de verzekeringsverklaring is: voor uzelf en/of gezinsleden
- voor welke periode u het formulier nodig heeft

Spoeoiseende, onvoorziene zorg

Stel: u bent met vakantie in het buitenland en krijgt een acute blindedarmonsteking. Dan heeft u direct zorg nodig. U kunt dus niet eerst terug naar Nederland. Het gaat hier om 'onvoorziene zorg'. Dat is onverwachte medische zorg tijdens uw tijdelijke verblijf in het buitenland die niet kan worden uitgesteld.

Wat moet u in zo'n situatie allemaal regelen en wat betekent dit voor de vergoeding van deze zorgkosten?

Vergoeding

Voor de vergoeding van deze zorgkosten maakt het uit of u de zorg in een EU/EER-land¹ of verdragsland² ontvangt. Verblijft u in een EU/EER-land of verdragsland? Dan zijn er 2 mogelijkheden met betrekking tot de vergoeding van de zorg:

1. volgens de polisvoorwaarden van ONVZ, of
2. op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening³ of verdrag: in dat geval wordt de zorg vergoed volgens de wettelijke regeling van dat land

Bent u op het moment dat u onvoorziene zorg nodig heeft niet in een EU/EER-land of verdragsland? Dan wordt vergoed op basis van de polisvoorwaarden van ONVZ.

1. Vergoeding van spoedeisende zorg volgens de polisvoorwaarden van ONVZ

Ontvangt u tijdens uw verblijf in het buitenland spoedeisende medische zorg? Dan krijgt u de zorgkosten vergoed vanuit de basisverzekering. Daarbij gaat ONVZ uit van wat deze zorg in Nederland kost. Dit is het geldende wettelijke of marktconforme bedrag.

Marktconforme bedrag

Het Nederlands tarief voor ziekenhuishulp wordt vastgesteld aan de hand van een DBC-zorgproduct. Onder dit DBC-zorgproduct valt alles wat een zorgverlener doet voor één zorgvraag. Stel: u breekt een been. Dan vallen alle onderzoeken, behandelingen en consulten rond dit gebroken been onder één DBC-zorgproduct.

Buitenlandse zorgverleners werken niet met DBC-zorgproducten. Daarom vertaalt ONVZ medisch-specialistische zorg buiten Nederland naar het meest passende Nederlandse DBC-zorgproduct.

Om te bepalen welk bedrag in Nederland marktconform is, kijkt ONVZ naar de tarieven van een DBC-zorgproduct van een aantal specifieke ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen liggen verspreid over Nederland en geven samen een representatief beeld. ONVZ gaat daarbij uit van de passantentarieven van deze ziekenhuizen.

Belangrijk om te weten

In sommige landen zijn de kosten van zorg vele malen hoger dan in Nederland, soms wel een paar keer zo hoog. De vergoeding vanuit de basisverzekering is dan niet genoeg. Heeft u alleen een basisverzekering? Dan moet u het verschil tussen de hoge buitenlandse kosten en de lagere Nederlandse prijs zelf betalen.

Een voorbeeld

U gaat met vakantie naar de Verenigde Staten en breekt uw been bij een val. De behandeling in het Amerikaanse ziekenhuis kost € 2.500. In Nederland kost dezelfde behandeling maar € 900. De basisverzekering vergoedt dan deze € 900. Dat betekent dat er van de rekening nog € 1.600 overblijft. Die vergoedt ONVZ alleen als u de aanvullende verzekering Wereldfit of Superfit heeft.

Wereldfit en Superfit

Wereldfit is een nieuwe aanvullende verzekering speciaal voor alle spoedeisende medische kosten in het buitenland. In de aanvullende verzekering Superfit is dit al inbegrepen. Wereldfit biedt een aanvullende dekking voor onvoorziene zorg in het buitenland. Zijn medische kosten hoger dan in Nederland? Dan bent u daarvoor wereldwijd verzekerd. Ook biedt Wereldfit in bepaalde gevallen

¹ EU-lidstaten, Noorwegen, IJsland, Liechtenstein en Zwitserland.

² Bosnië-Herzegovina, Macedonië, Marokko, Montenegro, Kaapverdië, Servië, Tunesië, Turkije, en Australië.

³ Verordening (EG) 883/2004

vergoeding voor kosten van vervoer, verblijf en terugreis. Deze verzekering geldt bij een verblijf in het buitenland van maximaal 180 dagen.

Wilt u weten welke voorwaarden er gelden en wat ONVZ Wereldfit en Superfit allemaal vergoedt? Kijkt u dan op de vergoedingspagina's van deze verzekeringen op de website of neem contact op met de medewerkers van ons Service Center.

2. Vergoeding van spoedeisende zorg volgens de EU-sociale zekerheidsverordening

In een aantal landen kunt u gebruik maken van de EHIC. De EHIC geeft u recht op vergoeding volgens de regelgeving van het land waarin u verblijft. De aanspraak op zorg kan dus afwijken van de regelgeving in Nederland.

Medische hulp nodig in het buitenland? Bel met ONVZ Zorgassistance!

Heeft u medische zorg nodig in het buitenland? Dan is het handig om contact op te nemen met ONVZ Zorgassistance: + 31 88 668 97 67. Dit telefoonnummer staat ook op uw ONVZ Zorgpas.

Heeft u de aanvullende verzekering ONVZ Wereldfit of Superfit? Dan bent u verplicht om vooraf contact op te nemen met de ONVZ Zorgassistance, tenzij dit redelijkerwijs niet mogelijk is.

ONVZ Zorgassistance:

- biedt deskundige dienstverlening bij spoedeisende zorg
- garandeert de betaling tot het bedrag waarvoor u bent verzekerd
- staat dag en nacht voor u klaar

Geplande, voorziene zorg

Gaat u naar het buitenland met als doel zich daar te laten behandelen? Dan is er sprake van 'voorzien of geplande zorg'. Voorziena zorg is zorg waarvan u al langer weet dat u die moet ondergaan. Ook bij voorzien zorg kunt u in bepaalde gevallen voor vergoeding van zorgkosten een beroep doen op Europees verdragsrecht.

Als u medische zorg krijgt in een EU/EER-land zijn er 2 mogelijkheden:

1. vergoeding van zorgkosten volgens de polisvoorwaarden, of
2. op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening: vergoeding van de zorgkosten volgens de wettelijke regeling van dat land. Hiervoor moet u vooraf toestemming krijgen van ONVZ

Buiten de EU/EER-landen heeft u aanspraak op vergoeding van de zorgkosten volgens de polisvoorwaarden van ONVZ.

1. Vergoeding van voorzien zorg volgens de polisvoorwaarden van ONVZ

De basisverzekering vergoedt de kosten van zorg in het buitenland. Dat gebeurt volgens het in Nederland geldende wettelijke of marktconform bedrag. De voorwaarden van de basisverzekering zijn van toepassing. De zorg in het buitenland moet voldoen aan de internationaal aanvaarde stand van wetenschap en praktijk.

Zorg in België of Duitsland

Een behandeling in België en Duitsland kan duurder zijn dan dezelfde behandeling in Nederland. De aanvullende verzekeringen Wereldfit en Superfit vergoeden in aanvulling op de basisverzekering de kosten van medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis in België of Duitsland.

Wilt u in aanmerking komen voor deze aanvullende vergoeding? Dan moet u vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent. Die begeleidt u bij uw keuze voor een zorgverlener.

Ziekenhuizen in België en Duitsland rekenen voor sommige diensten extra kosten. Die worden niet altijd vergoed door de zorgverzekeringen van ONVZ. Dat geldt bijvoorbeeld voor de extra kosten voor een één- of tweepersoonskamer, of voor extra faciliteiten zoals een televisie. Deze extra kosten moet u zelf betalen. Ook de kosten van een Chefarzt in Duitsland en 'ereloonsupplementen' in België komen voor eigen rekening.

Wilt u de kosten voor een één- of tweepersoonskamer vergoed krijgen? Dat kan als u de aanvullende verzekering Superfit heeft afgesloten. Deze aanvullende verzekering vergoedt de kosten voor een één- of tweepersoonskamer tot een maximum van € 2.500 per kalenderjaar. Wilt u de precieze voorwaarden weten? Kijk dan op de vergoedingspagina van Superfit op de website. U kunt ook contact opnemen met de medewerkers van ons Service Center.

Belangrijk om te weten

Wilt u niet voor verrassingen komen te staan? Dan is het verstandig om vooraf contact met ons op te nemen als u een behandeling in België of Duitsland wilt ondergaan.

Wilt u in aanmerking komen voor de vergoeding uit de aanvullende verzekering Wereldfit of Superfit? Dan moet u altijd vooraf contact opnemen met de ZorgConsulent. De ZorgConsulent begeleidt u bij uw keuze voor een zorgverlener.

Zo vraagt u toestemming

Om te beoordelen of ONVZ toestemming kan geven voor een behandeling, moeten wij een aantal gegevens en documenten van u ontvangen. Stuur een e-mail naar de ZorgConsulent via zorgconsulent@onvz.nl met:

- verwijsbrief van uw arts of specialist in Nederland
- behandelplan en kostenraming van de arts of specialist in het buitenland (in de Nederlandse, Duitse, Engelse, Franse of Spaanse taal)
- naam van de behandelend arts of specialist
- adres van de betrokken kliniek
- startdatum en duur van de behandeling

De ZorgConsulent laat u zo snel mogelijk weten of uw behandeling (deels) wordt vergoed.

Als u dat wilt, kunt u de verwijsbrief en het behandelplan t.a.v. de medisch adviseur van ONVZ sturen. ONVZ, t.a.v. de medisch adviseur, Postbus 27, 3990 DA Houten.

2. Vergoeding van voorziene zorg volgens de EU-sociale zekerheidsverordening

U kunt geplande zorg in Europa ook op basis van de EU-sociale zekerheidsverordening ontvangen. Daarvoor moet u vooraf bij ONVZ een zogenoemd S2-formulier aanvragen. Met dat formulier worden de kosten vergoed volgens de voorwaarden en de tarieven van het land waar u wordt behandeld. Dat geldt ook als dat duurder is dan in Nederland.

U ontvangt voor een groot deel van de kosten geen rekeningen. In het behandelland kan een eigen bijdrage gelden. Die moet u dan meestal zelf aan de zorgverlener betalen. Soms kunt u ook de kosten van zo'n eigen bijdrage van ONVZ terugkrijgen. Dat is het geval als de totale rekening van de medische kosten lager is dan in Nederland.

Voorbeeld eigen bijdrage

Stel: u bent bij ONVZ verzekerd en ondergaat in België een behandeling. U heeft voor deze behandeling een S2-formulier van ONVZ gekregen. U heeft dus vooraf toestemming van ONVZ. De behandeling in België kost € 3.500. Iemand die in België verzekerd is, krijgt hiervan € 3.000 vergoed. Er is dus in België sprake van eigen bijdrage van € 500 euro.

Omdat u vooraf toestemming heeft gekregen, vergoedt ONVZ volgens de Belgische regels € 3.000 aan het Belgische ziekenhuis.

Stel dat dezelfde behandeling in Nederland € 3.200 kost. Dan vergoedt ONVZ niet alleen de € 3.000 aan het Belgische ziekenhuis, maar ook € 200 van de eigen bijdrage van € 500. De vergoeding wordt dus aangevuld tot het Nederlandse marktconforme bedrag. Er blijft in dit voorbeeld een restbedrag van € 300 over. Dit bedrag blijft voor uw eigen rekening, omdat de behandeling in België duurder is dan in Nederland.

Zo regelt u de toestemming op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening

Voor het verwerken van uw aanvraag hebben wij de volgende gegevens/documenten nodig:

- volledig ingevuld aanvraagformulier S2
- verwijzing van uw huisarts, óf
- verwijzing van een Nederlandse specialist met behandelvoorstel

Een verwijzing van een Nederlandse specialist met een behandelvoorstel is van toepassing als u met een verwijzing van uw huisarts eerst in Nederland naar een specialist bent geweest en heeft besloten om de behandeling in het buitenland voort te zetten.

Als u dat wilt, kunt u deze gegevens t.a.v. de medisch adviseur van ONVZ sturen.

U kunt het aanvraagformulier downloaden van onze website. U kunt het formulier ook opvragen bij de medewerkers van ons Service Center.

Waar moet u rekening mee houden

Houd er rekening mee dat het beoordelen van een aanvraag enige tijd in beslag neemt. Stuur daarom het aanvraagformulier minimaal vijf werkdagen voor uw behandeling in het buitenland naar ONVZ.

Welke behandelingen worden niet vergoed of gedeeltelijk vergoed?

Hieronder vermelden we behandelingen waarvan de kosten niet of gedeeltelijk worden vergoed. Deze lijst is niet volledig, maar bevat de behandelingen waarover we veel vragen krijgen:

- Dendritische celtherapie
- Hyperthermie, bij bepaalde medische indicaties
- TACE/LITT
- Niet-reguliere behandelingen in verband met het Chronische vermoeidheidssyndroom CVS/ME
- Revalidatiebehandelingen
- Niet-reguliere behandelingen voor de ziekte van Lyme
- Radiofrequente denervatie en injecties bij chronische aspecifieke lage rugklachten
- Plaatjesrijk plasma injecties
- MoM-prothese / Birmingham Hip Resurfacing (BHR)
- Assisted Hatching

Hieronder lichten we drie van de genoemde behandelingen verder toe.

Revalidatiebehandelingen

Revalidatie valt onder de basisverzekering als er sprake is van behandeling door een multidisciplinair team van deskundigen. Dit team moet onder leiding staan van een medisch specialist. De kosten van klinische revalidatiezorg worden alleen vergoed als deze zorg meerwaarde heeft ten opzichte van een poliklinische revalidatiebehandeling. De revalidatietrajecten die in het buitenland worden aangeboden voldoen niet altijd aan de criteria voor revalidatie zoals dat in de basisverzekering is bedoeld. Als dat het geval is, wordt zo'n traject soms niet of niet helemaal vergoed.

Hyperthermie

Bij een behandeling van kanker met hyperthermie wordt het lichaam kunstmatig verwarmd. Dat gebeurt meestal plaatselijk, maar bij bepaalde indicaties wordt het hele lichaam met warmte behandeld. Gezonde cellen zijn bestand tegen deze warmte, maar kankercellen worden hierdoor aangetast. Een deel van de kankercellen gaat dood door de hyperthermie. Deze behandeling wordt toegepast als onderdeel van een gecombineerde behandeling, bijvoorbeeld bij chemotherapie of bij radiotherapie (bestraling).

Deze behandeling met hyperthermie wordt niet altijd vergoed. Dat hangt af van de indicatie. De ZorgConsulent kan u vertellen of de kosten van uw voorgenomen behandeling worden vergoed.

Assisted hatching

De techniek 'assisted hatching' die wordt gebruikt bij een ivf- of icsi-behandeling komt niet voor vergoeding in aanmerking. Zorginstituut Nederland heeft geconcludeerd dat 'assisted hatching' niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Meer weten?

Wilt u meer informatie? Of heeft u specifieke vragen? Neemt u dan contact op met de ZorgConsulent.

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (ggz) in het buitenland

Geestelijke gezondheidszorg in het buitenland voldoet niet altijd aan de geldende normen en eisen. Hierdoor valt de zorg niet vanzelfsprekend onder de dekking van de basisverzekering. Ook is deze zorg niet altijd van dezelfde kwaliteit als de zorg in Nederland. Onderzoek wijst bijvoorbeeld uit dat in bepaalde gevallen ambulante behandelingen voor verslavingszorg in Nederland beter zijn dan vergelijkbare behandelingen in het buitenland⁴. Daarbij komt dat sommige klinieken in het buitenland een hoge eigen bijdrage vragen.

Ambulante en klinische zorg in het buitenland

Voordat u gebruikmaakt van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in het buitenland is het belangrijk om te weten of u ambulante of klinische zorg nodig heeft. Bij een ambulante (ook wel: poliklinische) behandeling gaat u naar een zorgverlener voor bijvoorbeeld gesprekken of groepsbijeenkomsten en daarna weer naar huis.

Soms is er een zorginhoudelijke reden voor opname in een ggz-instelling of op een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis. Dit betekent dat u dan bij de ggz zorgaanbieder overnacht. Dit noemen we klinische zorg.

Belangrijk om te weten

Verschillende ggz-klinieken in het buitenland leveren alleen ambulante zorg. Maar omdat het niet altijd mogelijk is om heen en weer te reizen, moet u er ook overnachten. Als u in zo'n geval alleen een indicatie heeft voor ambulante zorg, dan komen deze extra kosten van het overnachten voor eigen rekening.

Als u wordt opgenomen in een kliniek voor verslavingszorg of een eetstoornis, moet u eerst toestemming krijgen van ONVZ, ook wanneer u in het buitenland wordt opgenomen. Dit doen wij omdat wij u graag begeleiden naar doelmatige zorg die voldoet aan de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep. Dit voorkomt dat u achteraf zelf moet (bij)betalen. Wilt u meer weten, bel voor meer informatie met de ZorgConsulent.

Hoogte van de vergoeding weten? Bel onze ZorgConsulent

De hoogte van de vergoeding wordt bepaald door verschillende aspecten, onder andere de indicatie, de soort behandeling (ambulant of klinisch) en de duur. De ZorgConsulent kan aangeven welke kosten van uw voorgenomen behandeling onder de dekking van uw verzekering vallen.

⁴ Trubendorffer 2014, Verslavingszorg in beeld 2014

Declareren van buitenlandse nota's

Een aantal zorgverleners in België en Duitsland kan de kosten rechtstreeks bij ONVZ declareren. Wilt u weten welke dit zijn? Neem dan contact op met de ZorgConsulent. In andere gevallen moet u de zorg in het buitenland eerst zelf betalen. U kunt deze kosten daarna bij ons declareren.

Buitenlandse nota's

Om uw buitenlandnota's snel te kunnen verwerken, is het belangrijk dat deze de volgende gegevens bevatten:

- naam en geboortedatum van de verzekerde voor wie de kosten zijn gemaakt
- naam van de behandelaar en zijn/haar specialisme
- notadatum
- behandeldatum
- specificaties van behandelingen/onderzoeken en voor welke medische indicatie
- van elk geleverd geneesmiddel: de naam van het middel, het aantal geleverde stuks, het aantal geleverde mg/ml, de prijs

Stuur met uw originele nota mee:

- alle originele recepten en verwijfsbrieven. Maak een kopie voordat u het recept inlevert of vraag om een nota die op uw naam is gesteld en waarop de naam van de arts die de medicatie voorschrijft staat
- bij opname: het medisch rapport of behandelverslag

Let op: ONVZ betaalt geen voorschotnota's. Een buitenlandse nota moet bovendien in het Nederlands, Engels, Duits, Frans of Spaans zijn opgesteld. Is de nota niet in een van deze talen? Dan kunnen wij u vragen om een vertaling, eventueel door een beëdigd tolk of vertaalbureau. De kosten voor het laten maken van deze vertaling moet u zelf betalen.

ONVZ verwerkt een deel van de buitenlandse nota's automatisch. Een ander deel wordt handmatig verwerkt. De nota's die u indient worden daardoor mogelijk niet tegelijkertijd verwerkt. Wij proberen nota's binnen 10 werkdagen af te handelen. Bij buitenlandse nota's kan dit soms iets langer duren.

Declareren kan het gemakkelijkst online. Dat kan via MijnONVZ of mobiel via de ONVZ app. Let op: als u via de ONVZ app declareert, kunt u maar een nota per keer declareren.

Stuurt u een declaratie liever per post? Gebruik dan het declaratieformulier. U vindt dit formulier op onze website. Vergeet hierbij niet deel A 'Buitenlandse kosten' in te vullen. Declaraties per post kunt u sturen naar ONVZ, Postbus 27, 3990 DA Houten.

Als u dat wilt, kunt u de medische informatie t.a.v. de medisch adviseur van ONVZ sturen.

Overzicht van contactinformatie

Waar gaat uw vraag over?	Met wie kunt u contact opnemen?	Telefoon	Belangrijk
*Geplande zorg in België of Duitsland *Aanvraag S2-formulier	ONVZ ZorgConsulent	0800 022 14 50	Voor de aanvullende vergoeding op Wereldfit en Superfit is vooraf contact met de ZorgConsulent verplicht Een S2-formulier moet vooraf aan de behandeling worden verkregen
*Spoedeisende zorg in het buitenland *Hulp bij het zoeken van een zorgverlener bij tijdelijk verblijf in het buitenland	ONVZ Zorgassistance	+31 88 688 97 67	Voor de aanvullende vergoeding op Wereldfit en Superfit is contact met de Zorgassistance verplicht
*Declaraties en vergoedingen *EHIC, 111-formulier, verzekeringsverklaring	ONVZ Service Center	030 639 62 22	



ONVZ

De Molen 66
Postbus 392
3990 GD Houten
030 639 62 22

www.onvz.nl
www.linkedin.com/company/onvz
www.facebook.com/onvz
www.twitter.com/onvz